

## Escabiosis.

Descripción del caso presentado en la sección "¿Cuál es su diagnóstico?" del número anterior

*Dra. María L. Gioseffi<sup>a</sup>, Dra. Clara Hernández Gazcón<sup>b</sup>, Dra. Daniela Peroni<sup>c</sup>, Dra. María Britos<sup>d</sup>, Dra. Marcela Paz<sup>d</sup> y Dra. Margarita Giardelli<sup>a</sup>*

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 15 meses de edad, previamente sano. Consulta a su pediatra de cabecera por presentar pápulas eritematosas en muñeca izquierda. Algunas de ellas se tornaron

costrosas y, en pocos días, se sumaron pápulas, placas y pequeños nódulos eritematosos con escamas en axila derecha, región supraumbilical y axila izquierda. Se encontraba en buen estado general y afebril.

FIGURA 1. A: axila derecha. B: axila izquierda. Nódulos eritematosos con pequeñas escamas, sobre una base eczematosa



FIGURA 2. Muñeca izquierda: pápulas eritematosas pequeñas impetiginizadas, cubiertas por costras



- <sup>a</sup> Sección Dermatología  
Pediátrica,  
Hospital Italiano  
de Buenos Aires.
- <sup>b</sup> Clínica Pediátrica,  
Hospital de Niños  
"Dr. Ricardo Gutiérrez",  
Buenos Aires.
- <sup>c</sup> Clínica San Lucas,  
Neuquén.
- <sup>d</sup> Servicio Clínica  
Pediátrica,  
Hospital Italiano  
de Buenos Aires.

Correspondencia:  
Dra. Laura Gioseffi  
lauragioseffi@f  
ibertel.com.ar

Recibido: 3-11-08  
Aceptado: 14-11-08

### ¿CÓMO ORIENTA EL INTERROGATORIO?

- ¿Hay prurito?
- ¿Existen otros afectados en el grupo conviviente?

FIGURA 3. Tórax: *afección del ombligo con un nódulo eritematoso en borde superior*



### DATOS:

- Prurito intenso.
- No se registran lesiones similares en el grupo conviviente.
- El niño no concurre a guardería.

### ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Frente a un paciente con lesiones nodulares pequeñas, eritematoparduzcas, pruriginosas, localizadas en zonas de pliegues o región genital, debe considerarse, en primera instancia y por orden de frecuencia, la escabiosis nodular.

### CONDUCTA:

El cuadro fue interpretado por su pediatra como probable sarna impetiginizada. Indicó cefalexina por vía oral e higiene local con agua D'Alibour y derivó al paciente a Dermatología Pediátrica.

Confirmamos el diagnóstico de sarna nodular y agregamos tratamiento familiar con permetrina al 5% (crema fluida) en tres aplicaciones a todo el grupo conviviente y una cuarta para nuestro paciente, separadas una de otra por un intervalo de cinco días. Completó además diez días de cefalexina por vía oral.

El niño recibió hidroxicina 2 mg/kg/día 3 veces/día por el prurito intenso, generador de irritabilidad y despertares nocturnos.

A los 15 días constatamos franca mejoría clínica, con desaparición del eritema, costras y eccema. Solo persistían nódulos eritematoparduzcos en ambas axilas y en muñeca izquierda, sin lesiones en área supraumbilical.

Continúa ahora con aplicación diaria de mometasona (crema) en los nódulos.

FIGURAS 4 A Y B: *Axilas derecha e izquierda: Resolución de la sobreinfección y eccematización. Persisten nódulos a pesar del tratamiento. Son deshabitados y muy pruriginosos*



## ESCABIOSIS

La escabiosis es una ectoparasitosis producida por *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, clase *aracnida*. Es una enfermedad universal que no reconoce sexo, edad ni condición social. Se consideran factores de riesgo la presencia de hacinamiento y pobreza. Es más común en invierno que en verano.

La transmisión es de persona a persona por contacto directo, incluido el contacto sexual (adolescentes y adultos); es menos frecuente el contagio indirecto.

En general, el colegio no provee el grado de contacto suficiente necesario para la transmisión.

La sarna que afecta a los animales es causada por otra subespecie de *Sarcoptes* y se autolimita en pocos días en el hombre ya que éste no es el huésped definitivo.

### Clínica

El síntoma capital de la escabiosis es el prurito, acentuado por la noche. Es una reacción de hipersensibilidad de tipo IV al ácaro, sus heces o sus huevos.

El signo clínico patognomónico es el surco, trayecto lineal y serpenteante, de 2-15 mm de largo, que se debe a la invasión cutánea del ácaro.

Debe buscarse en muñecas, espacios interdigitales de manos, caras laterales de los dedos, pliegues de los codos, zonas donde la piel fina del huésped no dificulta la penetración de los ácaros. Sólo se hallan en el 10% de los casos.

La erupción es muy polimórfica: coexisten pápulas, vesículas, surcos, lesiones por rascado e impetiginización.

Reconocen una topografía característica: axilas, región periumbilical, muñecas, espacios interdigitales, glúteos, genitales externos en el varón y área periareolar en la mujer.

En los niños pequeños es común el compromiso de palmas, plantas, cuero cabelludo y cuello. Pueden hallarse vesículas y ampollas pues las lesiones son más inflamatorias que en el adulto.

En 7-10% de los casos se observa la forma nodular. Se trata de nódulos firmes, eritematoparduzcos y muy pruriginosos, ubicados en zonas cubiertas y en pliegues: axilas, ingles, genitales externos masculinos, glúteos.

Coexisten con la infección pero pueden permanecer muchos meses luego de finalizar el tratamiento.

Son lesiones deshabitadas y representan una reacción de hipersensibilidad del huésped al ácaro.

La sarna costrosa o sarna noruega afecta a individuos con alteración de la inmunidad celular. Las costras albergan múltiples ácaros. Es muy contagiosa y poco pruriginosa.

Las complicaciones más frecuentes de la escabiosis son la eccematización y la impetiginización.

El diagnóstico es clínico y el trípode: 1) interrogatorio, 2) topografía y 3) prurito, constituye una gran ayuda para realizar el diagnóstico frente al paciente.

En casos especiales puede confirmarse constando la presencia del ácaro, de sus heces o de sus huevos en los surcos: se raspa la lesión y el material se coloca sobre un portaobjetos con una gota de aceite de inmersión para observar al microscopio.

### Diagnósticos diferenciales

- Dermatitis atópica.
- Dermatitis de contacto e irritativas.
- Liquen plano.
- Prurigo.
- Histiocitosis.

### Tratamiento

El tratamiento debe indicarse al niño afectado y a todos sus convivientes en forma simultánea para evitar las reinfestaciones (efecto "ping pong").

Aun los convivientes asintomáticos deben tratarse por lo siguiente:

- La afección es altamente contagiosa.
- El período de incubación es asintomático, promedio 30 días.
- Una vez tratada, la escabiosis no deja inmunidad.

Por tal razón, es muy probable que los convivientes que quedaron sin tratarse se encuentren

FIGURA 5: Mejoría en la muñeca izquierda, libre de lesiones en zona periumbilical



ansintomáticos, pero incubando la infestación. Cuando aparece la expresión clínica, el enfermo concluyó el tratamiento y se contagia nuevamente, iniciando nuevamente el ciclo intrafamiliar.

Por ello, se debe incluir sin excepción a todos los convivientes en el tratamiento de manera simultánea.

Es fundamental asegurarse de que la familia comprenda el tratamiento para lograr el éxito terapéutico.

Las primeras líneas de elección en el tratamiento son la permetrina al 5% (todas las edades) e ivermectina por vía oral (adultos).

Nosotros utilizamos permetrina al 5%, crema fluida, en 3 aplicaciones: días 1, 5 y 10, es decir con 5 días de intervalo entre cada topicación.

Puede indicarse a embarazadas, neonatos y mujeres lactantes.

Debe aplicarse por la noche, desde el cuello hasta los pies, incluidos especialmente los pliegues: axilares, inguinales, interglúteo; zonas subungueales, genitales externos en el varón.

Indicamos baño por la mañana, con cambio de toda la ropa de cama utilizada la noche de la aplicación. Lo que no pueda lavarse, debe guardarse en una bolsa hermética por 72 h, con lo cual el parásito muere.

El prurito puede aliviarse con antihistamínicos y debe aclararse que puede extenderse hasta un mes después de iniciado el tratamiento. Por lo tanto, no sirve como parámetro para evaluar la curación.

Luego de la primera aplicación de permetrina, el paciente no contagia y el niño puede reintegrarse a clase.

En el caso de la forma nodular, las lesiones pueden persistir durante varios meses y son muy pruriginosas. Tienen escasa respuesta a los escabicidas habituales. Se aconseja agregar al tratamiento corticoides tópicos y antihistamínicos.

Recientemente se ha comunicado la resolución

de los nódulos con aplicación de pimecrolimus al 1%, en casos persistentes a pesar del esteroide tópico.

Otras alternativas para el tratamiento son: azufre precipitado al 6% y benzoato de bencilo al 10-25%, que producen dermatitis por contacto y este último a menor concentración asociado a permetrina.

El lindano está en desuso por la neurotoxicidad.

### **Escabiosis: datos importantes para recordar**

- La transmisión es de persona a persona.
- Síntoma principal: prurito.
- Topografía: pliegues (axilas, ingles, glúteos), muñecas, zona periumbilical, área periareolar (mujeres), genitales externos (varones), palma, plantas y cuero cabelludo (lactantes).
- Erupción polimórfica.
- Surcos: hallazgo infrecuente.
- Tratamiento simultáneo a todos los convivientes.
- Complicaciones frecuentes: eccematización e impetiginización.
- Cuando a pesar del tratamiento no hubiera mejoría, considerar reinfestación (muy frecuente); menos probable, resistencia al tratamiento (con ivermectina, recientemente descripto).

Motiva nuestra presentación entrenar al pediatra para reconocer una presentación clínica infrecuente de una patología frecuente en el consultorio, cuyo diagnóstico es esencialmente clínico. ■

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Maining T, Taplin D. Infestations. En: Schachner L, Hansen R. *Pediatric Dermatology*. Filadelfia: Mosby; 2003. Págs. 1160-1974.
- Hurwitz S. Insect bites and parasitic infestations. En: Hurwitz S. *Clinical Pediatric Dermatology*. Filadelfia: W B Saunders Company; 1993. Págs. 405-412.
- *Scabies in Children*. UpToDate on line 16.2. [Acceso: 2 de noviembre de 2008]. Disponible en <http://www.illman2.osr.columbia.edu:2048>.
- Almeida HLJ. Treatment of steroid-resistant nodular scabies with topical pimecrolimus. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53(2):357-8.